ITEM 162 : INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE

EPIDEMIO	- 1 million de personnes contractent chaque jour une IST dans le monde. - 500 millions de personnes par an contractent : chlamydiose, gonococcie, syphilis, trichomonose (OMS 2013). - Pas de chiffre précis des IST dans le monde et en France, car elles ne sont pas toutes à déclaration obligatoire. - Même pour les IST à déclaration obligatoire : 1/10 est déclarée. - Principaux germes : HPV, HSV, VIH, gonocoque, chlamydia trachomatis, treponema pallidum. - Augmentation de l'incidence des salpingites entre 35-45 ans. - Toute IST ulcérante augmente le risque de transmission sexuelle de VIH.
LOCALISATION	Signes cliniques similaires quel que soit l'âge (sauf nouveau-nés : atteinte des yeux et des voies respiratoires) : - **Œil** : conjonctivite, ulcération cornéenne : gonocoque, Chlamydia, HSV. - **Pharyngite** : gonocoque, HSV. - **Éruption** pustuleuse (gonocoque)/polymorphe (HSV). - **Périhépatite** : Chlamydia. - **Articulations** : arthrite septique (gonocoque)/réactionelle (Chlamydia).
FDR	- 1er rapport précoce. - Âge jeune < ou = à 25 ans. - Multiplicité des partenaires (≥ 2 différents dans l'année). - Antécédent d'infection sexuellement transmissible (IST). - Niveau socio-économique faible. - Rapports sexuels non protégés. - Tabac, alcool, drogue. - Incarcération, prostitutions.
PRÉVENTION	- Protection des rapports sexuels par **préservatif.** - **Vaccination** préventive pour HPV/VHB (et VHA si HSH). - Identification du/de la/des **partenaire**(s) pour proposer un dépistage/Dg/TTT. - Proposition systématique de **sérologie VIH et VHB, test tréponémique et PCR urinaire/génitale** (Neisseria gonorrhoeae et Chlamydia trachomatis) +/- PCR pharyngée/anale (selon les pratiques sexuelles). - **Éducation** sur les risques de recontamination. - TTT type **PrEP** (Prophylaxie Pré-Exposition) contre le VIH si prise de risque trop régulière. - Si IST : TTT ++ & préservatifs/abstinence jusqu'à 7 j de TTT au moins. - **Si IST chez l'enfant** : suspecter un sévice sexuel, interrogatoire/examen prudent.
BILAN IST	- **Sérologies** : VIH, VHB, test tréponémique +/- test non tréponémique. - **PCR** : Gonocoque & chlamydia (1er jet urinaire, écoulement urétral, auto-prélèvement vaginal, pharyngé et anal selon les pratiques sexuelles). - **Culture** systématique pour le gonocoque (écoulement urétral, auto-prélèvement vaginal). - Examen du col de l'utérus si condylome chez la patiente ou son conjoint.

CPC	**Aiguës**	**Tardives**
	- Pyosalpinx (abcès de la trompe). - Abcès tubo-ovarien. - Pelvipéritonite. - Périhépatite avec aspect en cordes de violon (Syndrome de Fitz-Hugh-Curtis).	- Stérilité tubaire. - GEU. - Salpingite chronique (lésions tubaires à type d'hydrosalpinx, adhérences tubopelviennes, syndrome de Fitz-Hugh-Curtis). - Récidive. - Douleurs pelviennes chroniques.

GONOCOQUE

Neisseria gonorrhoeae = **diplocoque Gram négatif** (très fragile), encapsulé**,** cytochrome oxydase positif, immobile et asporulé, notamment retrouvé dans les **PNN**, **intracellulaire** ou extracellulaire, transmission presque toujours sexuelle.
- Incidence en augmentation, prédominance masculine.
- Âge moyen = 30 ans (homme), 20 ans (femme), plus fréquente en Ile-de-France.
- Résistances : pénicilline (par β-lactamase, 15 %), cyclines (20 %), ciprofloxacine (40 %, augmentation des CMI aux C3G.
- Principaux sites d'infection : **urètre** chez l'homme, **col** et **vagin** chez la femme, possiblement **oropharyngé** (notamment chez le patient homo- ou bisexuel avec rapports oro-génitaux non protégés).

DG	C	- Période d'incubation courte = **2 à 7 jours.**		
		Infection chez l'homme	**Urétrite antérieure aiguë**	= 10 % des urétrites : tableau clinique le plus souvent **bruyant.** - **Écoulement urétral purulent** (90 % des cas). - **Dysurie, douleurs urétrales** à types de **brûlures** permanentes ou mictionnelles, voire hématurie. - **Prurit urétral.**

<table>
<tr><td rowspan="11"></td><td rowspan="5"></td><td rowspan="3"></td><td></td><td>- Méatite, voire balanite.
- Urétrite biologique si >5 PNN au frottis urétral x100 ou >10 PNN x400.</td></tr>
<tr><td>Prostatite</td><td>Clinique : fièvre, frissons, SFU, douleur pelvienne, pesanteur pelvienne, RAU, ténesme rectal.</td></tr>
<tr><td>Orchi-épididymite</td><td>Clinique proche de la prostatite.</td></tr>
<tr><td>Dans les 2 sexes</td><td colspan="2">Ano-rectite :
- Prédominante chez l’homme, asymptomatique dans 2/3 des cas.
- Prurit anal, anite, écoulement rectal purulent, diarrhée, saignement anorectal, Sd rectal (ténesme, épreinte), sensation de défécation incomplète.

Orchi-épididymite :
- Le plus souvent asymptomatique.
- Portage souvent persistant après antibiothérapie (mauvaise diffusion).</td></tr>
<tr><td>Infection non compliquée chez la femme</td><td colspan="2">- Asymptomatique dans 70 % des cas, possible anorectite ou oropharyngite.
- Cervicite : leucorrhées jaunes verdâtres purulentes, pesanteur pelvienne et/ou signes d’urétrite/skénite associée.
- À l’examen : col non ou peu inflammatoire, écoulement purulent à l’orifice cervical, parois vaginales rouges, saignant au contact.
. Endométrite, salpingite (raref).
. 2ndr (rare) : algies pelviennes inflammatoires, stérilité tubaire, GEU.
- Septicémie gonococcique : fièvre, atteintes :
. Cutanée : purpura pétéchial, papules/papulopustules acrales/périarticulaires.
. Articulaire : mono ou oligoarthrite septique, ténosynovite.
- Plus rarement : conjonctivite, endocardite, méningite, périhépatite = syndrome de Fitz-Hugh-Curtis.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Bio</td><td>PCR (TAAN)</td><td colspan="2">- Urétrite chez l’homme : prélèvement d’écoulement urétral spontané ou de 1° jet urinaire (++ i dépistage, minimum 2 h après la dernière miction), voire prélèvement endo-urétral.
- Femme : auto-écouvillonnage vaginal, urétral ou endocervical.
+/- pharyngé, anal…</td></tr>
<tr><td>Examen direct</td><td colspan="2">= Diplocoque Gram négatif en « grains de café », intracellulaires.
- Bonne Se/Sp (95 %) dans l’urétrite masculine symptomatique (-- autres sites/chez la femme).
- En cas de forme extracellulaire : pas de certitude Dg (autres Neisseria non-pathogènes).</td></tr>
<tr><td>Culture</td><td colspan="2">= Sur gélose au sang cuit (« chocolat ») = systématique : confirme Dg, antibiogramme 24-48 h.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Pas de sérologie gonococcique.</td></tr>
<tr><td rowspan="5">TTT</td><td colspan="4">- URGENCE MÉDICALE CAR CONTAGIOSITÉ ET GRAVITÉ DES COMPLICATIONS.
- Mesures générales : dépistage du/des partenaire(s), recherche d’autres IST, protection mécanique pendant > 7 j.
- Contrôle clinique à J7 : tolérance, efficacité, adaptation de l’antibiothérapie à l’antibiogramme.
+/- Contrôle bactériologique à J7 : si persistance de signes cliniques/à proposer à J15 pour formes asymptomatiques.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Antibiothérapie</td><td rowspan="2">Infection non-compliquée</td><td>1re intention</td><td>- Chez les patients symptomatiques, association systématique :
. Ceftriaxone IM/IV en dose unique pour le gonocoque (++si oropharyngé).
+ Doxycycline pendant 7 jours (pour Chlamydiae : urétrite mixte 15 % !)
Si femme enceinte : dose unique ceftriaxone/céfixime.</td></tr>
<tr><td>2nd intention</td><td>Moins efficaces (si allergie aux bêtalactamines) :
- Dose unique de gentamicine IM/azithromycine PO/ciprofloxacine PO.
NB : pas de ciprofloxacine en probabiliste (résistance élevée > 40 %).</td></tr>
<tr><td>Infection compliquée</td><td colspan="2">- Orchiépididymite : dose unique ceftriaxone/céfixime.
- Endométrite, salpingite : ceftriaxone IV 14 j.
- Septicémie : Ceftriaxone IV pendant 7 à 10 jours.
- Méningite : Ceftriaxone IV pendant 10-14 jours/Endocardite : pendant 4 semaines.</td></tr>
<tr><td>Septicémie</td><td colspan="2">- Ceftriaxone IV 1 à 2 g/j pendant 7 à 10 jours (septicémie) ou 10 à 14 jours (méningite).
ou 4 semaines (endocardite).</td></tr>
</table>

CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Chlamydia trachomatis = bacille gram négatif intracellulaire obligatoire, immobile, transmission humaine.
- Plusieurs sérotypes : . **Sérotypes D à K** (transmissibles par contact direct) : **infections urogénitales** (++femmes <25 ans).
. **Sérotypes L1-L2-L3** : **lymphogranulomatose vénérienne** = LGV, ou **maladie de Nicolas-Favre** (HSH).

ÉPIDEMIO				- 1re IST bactérienne dans les pays industrialisés (2-10 % des adultes jeunes). - 50 fois plus fréquent que le Gonocoque. - Plus fréquente chez les femmes de classes sociales défavorisées, jeunes, avec nombreux partenaires. - 1° cause d'urétrite aiguë, 50 % des salpingites, 70 % des stérilités tubaires. - Pic d'incidence 15-34 ans (femme) 20-39 ans (homme), résurgence de LGV depuis 2003 chez les HSH.
DEPISTAGE				- Pour les hommes sexuellement actifs ou les femmes >25 ans présentant des FDR d'IST, quel que soit l'âge. - Pour les femmes enceintes consultant pour une IVG, sans limite d'âge.
DG	C			- **Portage asymptomatique** +++ : 50 % des cas chez l'homme et 50 à 90 % des cas chez la femme : maintien de la transmission (surtout l'homme), survenue de complications tardives (surtout femme). - Incubation longue : **plusieurs semaines** (variable : qq jours – qq mois).
		Infection non compliquée		- **Urétrite subaiguë** (manifestation la plus fréquente chez l'homme) : **écoulement urétral** (50 %), généralement clair, modéré et intermittent. - **Cervicite** (manifestation la plus fréquente chez la femme) : généralement **asymptomatique** (50-90 %) ou **leucorrhées blanchâtres/jaunâtres**, **cystalgies, syndrome urétral, dyspareunie**, avec à l'examen une **fragilité du col utérin**, des **sécrétions muco-purulentes**, un **ectropion friable hémorragique.** - **Anorectite, pharyngite** : rarement symptomatique.
		Complications		- Homme : **prostatite, épididymite aiguë.** - Femme : . **Endométrite, salpingite** : le plus souvent subaiguë ou chronique. . 2ndr : **algies pelviennes inflammatoires, stérilité tubaire** (1re cause), **GEU.** . Rarement **périhépatite = syndrome de Fitz-Hugh-Curtis.** - **Syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter** (Sd oculo-uréthro-synovial) : **polyarthrite aiguë/ subaiguë réactionnelle, urétrite, conjonctivite bilatérale, balanite circinée, kératodermie palmoplantaire psoriasiforme, kérato-conjonctivite, arthrite.** - Nouveau-né (infection urogénitale maternelle) : **kérato-conjonctivite, pneumopathie.**
	Bio	**PCR +++**		**- Homme** : sur 1° jet urinaire (>2 h après miction) ou écoulement urétral spontané. **- Femme** : sur auto-écouvillonnage vaginal (à préférer à un écouvillonnage de l'endocol). +/- pharyngé, anal…
		Culture		= Sur milieu cellulaire : faible sensibilité, labos spécialisés, non réalisé en routine.
		Séro		Peu d'intérêt : ne distingue pas infection active ou ancienne, négative si faible infection.
TTT				- **Mesures générales** : dépistage partenaire, recherche d'autres IST, protection mécanique pendant >7 j. - TTT d'emblée du partenaire dans le cas de la Chlamydia. - Infection basse isolée : guérison en 8 j dans 80 % des cas. - Contrôle de la **PCR à 3-6 mois** si haut risque de réinfection (si <4 S : risque de faux positifs).
	Antibio	Infection non compliquée	1re intention	**- Doxycycline** per os pendant **7 jours.** - Ou **Azithromycine** per os en DU (risque de résistance). **- Femme enceinte** : azithromycine (**PCR systématique à 1 mois).**
			2nd intention	**- Erythromycine** ou **Ofloxacine** par voie orale (7 jours).
		Infection compliquée		**- Orchiépididymite** : Doxycycline 10j per os. **- Endométrite/salpingite** : Doxycycline PO/IV 14 j. **- LGV** : doxycycline 3 semaines.
		Nouveau-né		- **Pneumopathie, ophtalmie** : **érythromycine** PO/IV pendant **14 jours.**

SYPHILIS

Due à ***Treponema pallidum*** : **spirochète** (bactérie hélicoïdale Gram négatif, fagile).

ÉPIDEMIE

- Maladie non immunisante très contagieuse.
- Recrudescence depuis 2000 (surtout HSH en métropole et hétérosexuels en outre-mer).
- Homosexuels masculins, surreprésentations des patients infectés par le VIH (40 %).
- Contamination directe par contact vénérien : lésions des muqueuses et les syphilides.
- **Incubation 3-4 semaines** (10 à 100 jours).
- **Transmission maternofoetale possible (à partir 16 SA), post transfusion ou greffe d'organe (rare).**

Dépistage sérologique des sujets à risque (homo, bi ou hétérosexuel à partenaires multiples) et patient VIH (minimum 1 fois/an).

STADE

- **Syphilis précoce < 1 an** = syphilis primaire, syphilis secondaire ou syphilis latente précoce (sans lésion clinique).
- **Syphilis tardive > 1 an ou non datable** = syphilis tertiaire ou syphilis latente tardive.

La syphilis primaire est souvent méconnue si le chancre n'est pas visible (vaginal, col utérin, anorectal, pharyngé).
La syphilis secondaire n'est pas toujours évoquée du fait du polymorphisme des lésions cliniques.

SYPHILIS PRIMAIRE

= Incubation de **3-4 semaines** en moyenne (10 à 90 jours) : chancre (contagieux) et ADP satellite.

Chancre syphilitique

= **Exulcération** ou **érosion**, plus rarement **ulcération muqueuse** :
- De 5 à 15 mm de diamètre, unique, plus rarement multiple.
- Superficielle.
- Indolore (≠ herpès).
- Fond propre, rosé.
- Induré = très évocateur : impossibilité de plisser entre les doigts la surface de l'ulcération.

→ Aucune caractéristique pathognomonique : à évoquer devant toute ulcération muqueuse aiguë.

Siège

- Chez l'homme : **sillon balanopréputial**, plus rarement gland ou fourreau.
- Chez la femme : **partie externe de la vulve** (petites lèvres, grandes lèvres, fourchette), ou plus rarement **vaginal** (volontiers inaperçu).
- Dans les 2 sexes : **muqueuse buccale** ou **pharyngée** (fellation), **muqueuse anorectale.**

ADP satellite

- **Non inflammatoire**, le plus souvent unilatérale, généralement **inguinale, froide.**
- Fermes, indolores et souvent bilatérales.
- Non repérable cliniquement dans certaines localisations (col utérin, rectum).

Évolution

- Régression spontanée sans séquelles en quelques semaines.
- Évolution vers les stades tardifs : . **30 %** de **syphilis secondaires.**
  . **Syphilis tardive** (possiblement sans signe de syphilis secondaire).

SYPHILIS SECONDAIRE

= **Diffusion systémique** du tréponème : poussées (« floraisons ») d'**éruptions cutanéo-muqueuses** ± signes généraux et viscéraux, entrecoupées de phases asymptomatiques de quelques semaines/mois, sur une **durée généralement < 1 an.**
- Débute généralement **6 semaines** après le chancre, possible jusqu'à **6 mois** après le chancre.

Roséole syphilitique

= 1re éruption de la syphilis secondaire : souvent inaperçue, car peu intense et transitoire (7-10j).
- **Macules rose pâle** de 5 à 15 mm de diamètre, disséminées sur le tronc.
- Sans signe fonctionnel.

Syphilide papuleuse

- **Éruption morbilliforme.**
- Lésion élémentaire = **papule** :
  . **Cuivrée monomorphe.**
  . Fine desquamation péri-lésionnelle = **collerette de Biett** : inconstante, mais très évocatrice.
  . Localisée au visage, au tronc et/ou aux membres.
  . Nombre variable (de quelques-unes à plusieurs centaines).
  . Pouvant revêtir un aspect nécrotique, croûteux ou ulcéré.
  . **Contagieuse** si ulcérée.

Syphilide palmo-plantaire

= Très évocatrice : siège électivement à cheval sur les plis palmaires.
- Inconstante (30 % des syphilis secondaires), souvent discrètes.

→ Leur constatation suffit à évoquer le diagnostic, mais leur absence n'élimine pas le diagnostic.

Syphilide génitale et périnéale

- Généralement **papules** ou **érosions** multiples, molles, indolores, non prurigineuses.
- Recherche de tréponème au microscope à fond noir souvent positive en cas de lésions érosives.

<table>
<tr><td rowspan="3"></td><td>Symptômes cutanéo-phanériens trompeurs</td><td colspan="3">- Fausse perlèche : papule commissurale fendue en 2 (et non simple fissure sans relief).
- Lésions d'allure séborrhéique des sillons naso-géniens.
- Papules acnéiformes du menton.
- Dépapillation en aires de la langue (plaques « fauchées »).
- Dépilation des sourcils.
- Alopécie : plusieurs aires complètement dépilées sur un cuir chevelu sain (« en fourrure mitée »), rare.
 </td></tr>
<tr><td>Signes généraux</td><td colspan="3">= Dissémination de l'infection : le plus souvent discrets, possiblement sévères.
- Fièvre (fébricule+), le plus souvent de 38 à 38,5 °C, pouvant atteindre 39,5 °C.
- Altération variable de l'état général.
- Céphalées (≠ atteinte neuro-méningée, souvent 2ndr à des micro-abcès périostés).
- Syndrome méningé.
- Raucité de la voix.
- Polyadénopathies.
- Hépatosplénomégalie (avec hépatite biologique cytolytique ou cholestatique).
- Polyarthralgie.
- Douleurs lancinantes « osseuses ».</td></tr>
<tr><td>Neurosyphilis précoce</td><td colspan="3">Diagnostique par PL.
TTT : pénicilline G x 14 jours.
Manifestations :
- Ophtalmiques : uvéite antérieure ++, uvéite postérieure, papillite, névrite.
- Neurologiques : hypoacousie, paralysie faciale, méningite.</td></tr>
<tr><td colspan="2">SYPHILIS TERTIAIRE</td><td colspan="3">Très rare, granulomatose avec atteintes viscérales multiples.
- Neurologique ++ = neurosyphilis tardive : tabès, démence.
- Vasculaire (aortite, sténose coronarienne, anévrysme de l'aorte, insuffisance aortique).
- Osseuse (périostite).
- Cutanéo-muqueuse (gomme syphilitique).</td></tr>
<tr><td rowspan="7">DG</td><td colspan="4">Diagnostic clinico-biologique : le tréponème ne se cultive pas in vitro.</td></tr>
<tr><td>Microscope à fond noir</td><td colspan="3">- Diagnostic de certitude, spécifique à 100 %.
- Pratiqué sur des lésions érosives : chancre d'inoculation ou syphilide érosive muqueuse (grattage au vaccinostyle).
- Plus remboursé.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Diagnostic sérologique</td><td colspan="3">= Standardisé, peu coûteux, fiable, généralement seulement TPHA-VDRL.
- Ne différencie pas une syphilis d'une tréponématose endémique non vénérienne (pian, béjel, pinta).
- Réalisation du test ELISA/TPHA en 1° intention : si positif réalisation d'un TNT.</td></tr>
<tr><td>TPHA (TT)</td><td colspan="2">= Treponema pallidum Haemagglutination Assay : réaction spécifique des tréponématoses.
= Test tréponémique (alternative : ELISA). Test d'agglutination & de fluorescence.
- Positive autour du 7 à 10e jour du chancre, avant le VDRL.
- Intensité cotée en dilution (1/80, 1/160…) : le titre du TPHA quantitatif n'est pas un bon marqueur de l'évolutivité ou de la réponse au traitement (variation inter-examen).</td></tr>
<tr><td>VDRL (TNT)</td><td colspan="2">= Veneral Disease Research Laboratory : mise en évidence d'Ac anti-cardiolipides.
- Non spécifique des tréponématoses : maladie dysimmunitaire, notamment lupus et SAPL, maladie infectieuse à Mycoplasma pneumoniae ou borréliose.
= Test non-tréponémique = TNT (alternative : RPR = Rapid Plasma Reagin).
- Titrage par dilution ++ : se positive autour du 10 à 15e jour du chancre, puis ↗ pour atteindre un plateau en 3 à 6 mois durant la phase secondaire (1/16-1/128).
- Surveillance de l'efficacité : titre quantitatif du VDRL divisé par 4 à 6 mois.
- Recontamination : remontée significative du VDRL quantitatif (multiplié par ≥ 4).</td></tr>
<tr><td colspan="4">- Syphilis primaire (tous profils observables) : TT/TNT neg < 7 j, puis TT+, TNT augmente peu à peu (max à 3-6 M).
- Syphilis secondaire : TT & TNT toujours positifs.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Interprétation</td><td>TPHA -</td><td>VDRL -</td><td>- Absence de tréponématose.
- Tréponématose très récente (incubation ou 5 à 15 jours du chancre).
- Tréponématose guérie traitée précocement.</td></tr>
<tr><td>TPHA +</td><td>VDRL +</td><td>- Tréponématose traitée ou non, guérie ou non (selon la cinétique).</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>TPHA -</td><td>VDRL +</td><td colspan="2">- Syphilis primaire (10 % des cas : positivation du TNT avant le TT).
- Faux positif :
• Infection : tuberculose, pneumocoque, leptospirose, borréliose, VIH, varicelle, oreillons, MNI, hépatite, rougeole, paludisme…
• Non infectieuse : grossesse, toxicomanie IV, hépatopathie, gammapathie monoclonale, lupus, SAPL, cancer.</td></tr>
<tr><td>TPHA +</td><td>VDRL -</td><td colspan="2">- Tréponématose guérie.
- Tréponématose très précoce (1ers jours du chancre).
- Syphilis tertiaire très ancienne (rare).</td></tr>
<tr><td rowspan="2">DD</td><td>D’une syphilis primaire</td><td colspan="4">- Herpès : ulcération superficielle, très douloureuse, à contours polycycliques, souvent multiple, ADP douloureuses.
- Aphtose génitale : dans le cadre de la maladie de Behçet.
- Chancre mou : Haemophilus crusei, terrain (Africain), lésions multiples, fond sale, très douloureuses, ADP inflammatoire.
- Donovanose : terrain (Africain), lésions peu douloureuses granulomateuses.
- Maladie de Nicolas-Favre (lymphogranulomatose vénérienne) : Chlamydia trachomatis sérotype L, terrain (Africain, homosexuel), anorectite, ulcérations ano-génitales, diarrhées trompeuses.</td></tr>
<tr><td>D’une syphilis secondaire</td><td colspan="4">- Éruption roséoliforme : virose, toxidermie (exanthème maculeux).
- Au visage : dermatite séborrhéique, acné, psoriasis.
- Lésions papuleuses : psoriasis, lichen plan, eczéma.</td></tr>
<tr><td rowspan="7">TTT</td><td colspan="5">- Recherche d’autres IST : dépistage gonocoque/Chlamydia, sérologie VIH (associé dans 10 % des cas), hépatite B.
- Contacter un spécialiste en cas de situation particulière : femme enceinte, sujet VIH+, allergie à la pénicilline.
- Traitement d’emblée en cas d’ulcération génitale, sans attendre les résultats du TPHA-VDRL.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">TTT de la syphilis précoce</td><td rowspan="2">En 1re intention</td><td colspan="3">- Benzathine-benzylpénicilline G (Extencilline®) : 2,4 millions d’UI en 1 inj IM .</td></tr>
<tr><td>Réaction d’Herxheimer = lyse des tréponèmes</td><td colspan="2">- Syphilis primaire : sans gravité.
- Syphilis 2ndr : fièvre, céphalée, myalgie, accentuation des signes locaux qq heures après injection, tjrs bénigne, antipyrétique.</td></tr>
<tr><td>En 2de intention</td><td colspan="3">= Allergie à la pénicilline : doxycycline par voie orale 100 mg 2 fois/j pendant 14 jours.
- Contre-indiqué chez la femme enceinte ou le patient VIH+ ⍰ avis spécialisé.</td></tr>
<tr><td>Syphilis tardive</td><td colspan="4">- Extencilline® IM en 3 injections à 1 semaine d’intervalle.
Si allergie à la pénicilline : doxycycline 28 j.</td></tr>
<tr><td>Neurosyphilis</td><td colspan="4">- Pénicilline G par voie IV (non-retard) pendant 10-15 jours.</td></tr>
<tr><td>Suivi</td><td colspan="4">- Contrôle de l’efficacité à 3, 6, 12 mois puis annuel jusqu’à négativation : clinique, TNT quantitatif.
- Le VDRL doit être divisé/4 à 6 mois, négatif 1 an après le TTT d’une syphilis 1°/2 ans après une syphilis 2°.
→ Si aucune diminution significative :
- 3 injections d’extencilline 2,4 millions d’UI à 8 jours d’intervalle.
- Avis d’un spécialiste.</td></tr>
<tr><td>Sujet contact sexuel</td><td colspan="4">- Si contact > 6 semaines : sérologie (TTT si positive), refaite à 3 mois si négatve.
- Si contact récent (< 6 semaines) : sérologie possiblement faussement négative : TTT systématique possible par 1 injection de benzathine-benzylpénicilline.</td></tr>
<tr><td>Sujet VIH+</td><td colspan="4">- Traitement standard par pénicilline identique au cas général.
- En cas d’allergie à la pénicilline : cycline contre-indiquée.
- En cas de pratique à risque : sérologie syphilis au moins 1 fois/an.</td></tr>
</table>

TRICHOMONOSE

- ***Trichomonas vaginalis*** : IST due à un protozoaire flagellé, anaérobie, dont le réservoir naturel est le vagin.
- Transmission presque exclusivement sexuelle, en milieu humide.
- Prévalence faible en France depuis plusieurs années, similaire chez l'homme et chez la femme.
- **Autres IST parasitaires** : gale (sarcoptes scabiei hominis), pédiculose du pubis (Phtirius inguinalis).

DG	C		- Incubation : 2 semaines (variable : 4-28j).
		Chez l'homme	- Généralement **asymptomatique.** - Sinon : **urétrite** (subaiguë++), **balanoposthite, écoulement urétral matinal, prurit.**
		Chez la femme	**Asymptomatique** +++ ou **vaginite** ou **cervico-vaginite :** - **Prurit intense**, +/- associé à une **dyspareunie** ou des **signes urinaires.** - **Leucorrhée abondante**, verdâtre, mousseuse, spumeuse et malodorante (nauséabonde). - **Vulve œdématiée, colpite punctiforme** (« léopard ") à l'examen du col (vagin rouge, col framboisé).
	Dg		Examen direct (parasite mobile) ou PCR. - **Homme** : écoulement urétral ou 1° jet urinaire. - **Femme :** auto écouvillonage du cul-de-sac vaginal postérieur.
PEC	- **Examen et dépistage du/des partenaire(s).** - Dépistage des autres IST. - Rapport sexuel protégé pendant la période de traitement.		
TTT	- **Métronidazole** : 2 g en dose unique ou 500 mg x 2/j pendant 7 jours. - **Secnidazole** : 2 g en dose unique.		

CONDYLOMES

DIAGNOSTIC	- Forme acuminée : aspect en crête de coq. - Forme plan : macule papule isolée ou en nappe, couleur rosée. - Néoplasie intraépithéliale.
TTT GENERAUX	- Pas de traitement spécifique. - Préventif : vaccination : vaccin nonavalent-> adolescents de 11-14 ans (2 doses) et en rattrapage 15-19 ans (3 doses). - Jusqu'à 26 ans pour les homosexuels (3 doses). - Recherche autres IST.
TTT SPECIFIQUE	- Cryothérapie. - Laser. - Électrocoagulation. - Podophyllotoxine. - Imiquimod.